

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 159

Sur un Point de Technique
DE LA
Cure radicale de l'Anus contre nature
non adhérent et non compliqué
(MÉTHODE QUÉNU-FORGUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1921

PAR

ANDRÉ BOLLE

Né à Lasalle (Gard), le 9 Août 1887

LAURÉAT DE LA FACULTE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. FORGUE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		RICHE, agrégé,		
		ETIENNE, agrégé		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE L' « ECONOMISTE MERIDIONAL. »
14, Rue du Plan d'Agde, 14

1921

SUR UN POINT DE TECHNIQUE
DE LA
CURE RADICALE DE L'ANUS CONTRE NATURE
non adhérent et non compliqué
METHODE QUENU-FORGUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N^o 159

Sur un Point de Technique

DE LA

Cure radicale de l'Anus contre nature

non adhérent et non compliqué

(MÉTHODE QUÉNU-FORGUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1921

PAR

ANDRÉ BOLLE

Né à Lasalle (Gard), le 9 Août 1887

LAURÉAT DE LA FACULTE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



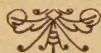
Examineurs
de la Thèse

MM. FORGUE, professeur, *Président.*

RICHE, agrégé,

ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE L' « ECONOMISTE MERIDIONAL »

14, Rue du Plan d'Agde, 14

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	GRYNFELT.
Physique médicale.....	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	L. BERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique.....	GRANEL.
Microbiologie.....	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE.
Pathologie interne.....	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène.....	VIRES.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	DUCAMP.
Clinique obstétricale.....	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique.....	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MAIRET.
Clinique gynécologique.....	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.
Secrétaires honoraires : MM. GÖT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	MARGAROT.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale.....	ETIENNE.
Accouchements.....	DELMAS (P.).
Pharmacologie.....	GALAVIELLE.
Matière médicale.....	CABANNES.
Stomatologie.....	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine...	MM. LEENHARDT	Chirurgie....	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.).
Anatomie ...	MARGAROT.	Histoire natur. }	GALAVIELLE
	DELMAS (J.).		CABANNES.
Chimie.	MESTREZAT	Physique.	PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. FORGUE, professeur.	M. ETIENNE, agrégé.
RICHE, agrégé.	

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A. BOLLE.

A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A. BOLLE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A MON JURY DE THÈSE
A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE
A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELORD
CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

A. BOLLE.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, c'est pour nous un agréable devoir d'exprimer à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux toute notre reconnaissance pour les enseignements que nous en avons reçus.

Ils ont constitué, pour la plus grande part, le bagage de nos connaissances. Ils ont ouvert devant nous le champ vaste et attirant de la clinique et nous ont mis à même d'y entrer à notre tour. Avec le souvenir de leur savoir, de leur talent et de leur haute probité scientifique, ils nous laissent le plus utile exemple. Nous sommes heureux d'avoir recueilli auprès d'eux, l'ancienne et forte doctrine, avec la claire méthode de l'Ecole de Montpellier.

Qu'il nous soit permis de rappeler ici la mémoire de M. le professeur Carrieu, l'éminent clinicien, qui fut notre premier Maître et voulut bien nous accepter, en qualité d'externe, dans son service. Nous conservons de lui le plus reconnaissant souvenir.

Nous exprimons à M. le professeur Forgue, notre profonde gratitude pour la communication du sujet même de ce travail et les bienveillantes directions

qu'il a bien voulu nous donner pour sa rédaction. Nous le remercions pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre jury de thèse. Nous avons, à bien des reprises, particulièrement apprécié son enseignement d'une si haute tenue et la constante leçon d'admirable maîtrise que constituent ses interventions chirurgicales.

A M. le docteur Delord, pour le cordial intérêt qu'il nous a toujours témoigné, nous offrons ici nos sincères remerciements.

Que M. le docteur Roux, chef de clinique chirurgicale, soit assuré que nous gardons le souvenir de son obligeance aimable.

Nous n'oublions pas les bons camarades, avec lesquels nous avons poursuivi nos études, dès le début, et spécialement les amis avec qui nous avons eu le privilège d'affronter les dernières épreuves. Qu'ils veuillent bien trouver ici, plus particulièrement M. le docteur P. Ithier, le témoignage de notre réel attachement.

A. BOLLE.

SUR UN POINT DE TECHNIQUE
DE LA
CURE RADICALE DE L'ANUS CONTRE NATURE
non adhérent et non compliqué
METHODE QUENU-FORGUE

INTRODUCTION

La thérapeutique chirurgicale des anus contre nature comporte une très abondante documentation. Cela s'explique par la grande variété clinique des indications.

L'objet de cette thèse est précisément de circonscrire le problème à une donnée clinique bien déterminée.

Nous envisageons ici la cure radicale des anus contre nature et des fistules stercorales, non adhérents et non compliquées, c'est-à-dire entourés d'une très mince zone d'adhérences péritoneo pariétales à trajet unique et sans éperon.

Cet anus ou cette fistule doit siéger sur le gros intestin, cœcum ou anse sigmoïde le plus ordinairement ; très exceptionnellement, et dans le cas seulement où

la perte de substance est minime, il pourra être question de faire sur une anse grêle l'entérorraphie latérale.

En clinique, ces conditions se trouvent fréquemment réalisées, à l'heure actuelle, le plus souvent pour le cas de fistule cœcale, consécutive à l'opération de l'appendicite à chaud.

Parmi les documents qui se rapportent à notre sujet, nous retiendrons la description donnée par Jeannel de son procédé (1906) et celle que Francoz a faite dans sa thèse de la méthode de Quénu (Paris 1908). Nous donnerons ensuite la technique personnelle de M. le Professeur Forgue.

Sur bien des points, ces procédés sont parallèles. Il est d'ailleurs logique, que des chirurgiens, se trouvant en face des mêmes conditions cliniques et anatomopathologiques, aient été conduits à des solutions sensiblement égales. Nous essaierons cependant de noter le caractère distinctif de chaque méthode et d'établir l'importance capitale, dans une opération intrapéritonéale, du procédé Quénu-Forgue qui, par l'obturation de l'orifice externe de l'anus et l'extériorisation de l'anse tend efficacement à supprimer les chances de souillure de la séreuse abdominale.

Régulièrement employé par M. Forgue depuis 1907, ce procédé a contribué à l'obtention des résultats les meilleurs et concourt ainsi à faire de l'entérorraphie latérale, par sa plus grande bénignité et sa facilité d'exécution, dans la limite des indications que nous allons préciser, le procédé de choix pour la cure radicale de l'anus contre nature et des fistules stercorales.

CHAPITRE I

De l'entérorraphie latérale et de ses indications

L'entérorraphie latérale appartient, avec l'entérectomie et l'entéroanastomose, à la classe des opérations intrapéritonéales.

Après les succès sans lendemain de Polano, en 1813, elle tomba dans l'oubli. Reprise avec l'ère chirurgicale moderne, elle donna des succès croissants. Parmi les nombreux travaux consacrés à cette méthode, notons ceux de Goetz (Thèse 1883), Terrier (1849), Senn, Le Dentu (1895).

Nicolas (Paris, thèse 1900) décrit le premier procédé de Quénu qui comporte l'entérorraphie latérale, mais par la voie extrapéritonéale. Francoz (thèse, Paris 1908) décrit le second procédé dont nous rapportons plus loin la description et qui comporte aussi l'entérorraphie, mais par la voie intrapéritonéale ou extrapéritonéale, suivant les circonstances opératoires.

L'entérorraphie latérale présente sur toutes les autres méthodes des avantages marqués.

1° Les statistiques prouvent nettement sa grande bénignité et établissent les heureux résultats qui lui

font suite. (Goetz : 13 cas, 13 guérisons ; Le Dentu, 24 cas, pas de décès ; Jourdan (thèse Montpellier 1910) a réuni 37 cas, tous suivis de guérison).

2° Elle s'adapte avec une grande facilité à un grand nombre de cas particuliers.

On lui a, par ailleurs, fait l'objection de ne pouvoir s'appliquer qu'aux lésions du gros intestin dont les rétrécissements opératoires ne seront pas gênants pour le cours des matières.

Comme, en pratique, après l'anūs cœcal qui est le plus fréquent des anus curables, l'anūs iliaque est aussi beaucoup plus souvent rencontré que l'anūs situé sur le grêle, on voit que l'entérorraphie latérale s'applique d'emblée dans les meilleures conditions à bien des cas.

D'ailleurs, elle peut aussi se faire sur le grêle, si la perte de substance est minime.

La présence d'un éperon n'est pas une contre indication absolue — si les deux bouts de l'anse sont accolés en canon de fusil, adhérents et enserrent un éperon fibreux et épaissi, l'entérectomie s'impose — mais, si l'accolement pariétal de l'anse n'est point trop aigu, les adhérences une fois sectionnées, la direction normale de l'intestin rétablie, l'éperon disparaît spontanément (Senn).

Les contre indications apparaissent donc et ce sont les indications des deux premières méthodes intrapéritonéales (entérectomie, entéroanastomose) : infection chronique de l'intestin, tuberculose, actinomyecose, infection périappendiculaire ou périœcale étendue, imperméabilité ou non intégrité du bout inférieur.

Il nous reste à envisager les moyens différents suivant lesquels se réalise cette entérorraphie latérale.

Bien que faisant la fermeture primitive de l'orifice intestinal, on ne peut pas, à proprement parler, considérer le procédé de Jeannel comme comportant l'entérorraphie.

Nous le reproduisons cependant parce qu'il paraît le meilleur des procédés qui restent extrapéritonéaux et parce que Francoz, faisant justement remarquer que des ressemblances étroites existent dans le procédé de Quénu qu'il décrit, et que nous reproduisons, avec celui de Jeannel, ce rapprochement, impossible avec la méthode de M. Forgue, marquera d'autant mieux le caractère spécial de cette dernière technique.

font suite. (Goetz : 13 cas, 13 guérisons ; Le Dentu, 24 cas, pas de décès ; Jourdan (thèse Montpellier 1910) a réuni 37 cas, tous suivis de guérison).

2° Elle s'adapte avec une grande facilité à un grand nombre de cas particuliers.

On lui a, par ailleurs, fait l'objection de ne pouvoir s'appliquer qu'aux lésions du gros intestin dont les rétrécissements opératoires ne seront pas gênants pour le cours des matières.

Comme, en pratique, après l'anus cœcal qui est le plus fréquent des anus curables, l'anus iliaque est aussi beaucoup plus souvent rencontré que l'anus situé sur le grêle, on voit que l'entérorraphie latérale s'applique d'emblée dans les meilleures conditions à bien des cas.

D'ailleurs, elle peut aussi se faire sur le grêle, si la perte de substance est minime.

La présence d'un éperon n'est pas une contre indication absolue — si les deux bouts de l'anse sont accolés en canon de fusil, adhérents et enserrant un éperon fibreux et épaissi, l'entérectomie s'impose — mais, si l'accolement pariétal de l'anse n'est point trop aigu, les adhérences une fois sectionnées, la direction normale de l'intestin rétablie, l'éperon disparaît spontanément (Senn).

Les contre indications apparaissent donc et ce sont les indications des deux premières méthodes intrapéritonéales (entérectomie, entéroanastomose) : infection chronique de l'intestin, tuberculose, actinomycose, infection périappendiculaire ou péricœcale étendue, imperméabilité ou non intégrité du bout inférieur.

Il nous reste à envisager les moyens différents suivant lesquels se réalise cette entérorraphie latérale.

Bien que faisant la fermeture primitive de l'orifice intestinal, on ne peut pas, à proprement parler, considérer le procédé de Jeannel comme comportant l'entérorraphie.

Nous le reproduisons cependant parce qu'il paraît le meilleur des procédés qui restent extrapéritonéaux et parce que Francoz, faisant justement remarquer que des ressemblances étroites existent dans le procédé de Quénu qu'il décrit, et que nous reproduisons, avec celui de Jeannel, ce rapprochement, impossible avec la méthode de M. Forgue, marquera d'autant mieux le caractère spécial de cette dernière technique.

CHAPITRE II

Procédés de Jeannel et de Quénu

Procédé de Jeannel

Jeannel décrit ainsi lui-même sa technique. (Chirurgie de l'Intestin, 1906) :

« Après avoir fermé l'anus par une suture en bourse provisoire, je le circonscris par une incision circulaire tracée à une centimètre de l'orifice, et pénétrant parallèlement aux parois de cet orifice jusqu'au péritoine exclusivement ; il m'est arrivé d'ouvrir, par cette dissection du trajet anal, la cavité péritonéale, je me suis contenté de fermer le pertuis par un point de suture.

« J'invagine le trajet anal en lui-même, sans en rien réséquer, et j'en adosse les surfaces cruentées, qu'elles soient ou non sereuses, par un double plan de suture de Lembert. Je ferme ainsi l'anus aussi hermétiquement que possible, au moyen des parois disséquées et retroussées du trajet anal.

« Cela fait, sur la couche pariétale, j'extirpe le tissu inodulaire de manière à découvrir pour le mieux les couches de la paroi : couche sous-péritonéale couche musculaire, couche aponévrotique et peau. Pour y

aboutir, il faut par excision ou dissection, dédoubler pour ainsi dire la paroi au niveau de la couchē musculaire sans réséquer la peau ; on a l'avantage précieux de multiplier les surfaces cruentées à suturer. Lorsque les trois couches de la paroi sont bien reconnaissables, je les suture méthodiquement au moyen de trois plans, deux surjets profonds de catgut sur la couche musculaire et sur l'aponévrose, un plan superficiel de points entrecoupés au crin de Florence sur la peau. »

Ce procédé a donné quatre succès à Jeannel et d'autres ont été publiés.

Procédé de Quénu (Francoz, Thèse Paris 1908)

Voici en quoi consiste essentiellement l'opération suivant Francoz : L'orifice cutané et le trajet pariétal sont, dans leur ensemble, isolés et détachés des parties voisines par une incision circulaire, qui se poursuit toujours en tissus sains, jusqu'à ce que l'on ait isolé l'intestin sur une étendue assez grande pour que la suture en soit facile. Une fois cette suture achevée, l'intestin est rentré dans l'abdomen et la paroi est reconstituée au devant de lui.

Nous résumons les différents temps :

1^{er} temps. — Incision de la peau et fermeture de l'orifice. Incision elliptique, passant à 1 centimètre environ de la limite du revêtement muqueux, et prolongée, en haut et en bas, sur 5 ou 6 centimètres. Obturation de l'orifice anal au moyen de quelques pinces (de Kocher, ou de Terrier) qui retroussent les deux bords de l'ilôt incisé et les appliquent étroitement l'un à l'autre. Une compresse entoure le paquet de pinces.

2^e temps. — L'incision est continuée dans la profondeur, à travers le tissu fibreux de la région en isolant

si possible les plans de la paroi. Le plus souvent on pénètre accidentellement dans le péritoine et l'on peut, en partant de ce point, achever aisément la libération de l'intestin, sans toutefois s'éloigner de l'anus. D'autres fois, on arrive sur la paroi intestinale sans ouvrir le péritoine, par suite d'adhérences plus étendues. Il est alors inutile de chercher à ouvrir la séreuse et l'on peut arriver à disséquer et libérer le trajet fistuleux sans toucher au péritoine.

On attire au dehors une longueur d'intestin suffisante pour que la suture se fasse sans difficulté.

3^e temps. — Résection des tissus malades poursuivie aux ciseaux ou au bistouri.

Ce temps est variable avec chaque cas particulier. On cherche à obtenir une plaie intestinale nette et on enlève tout ce qui pourrait empêcher une union solide des deux bouts.

4^e temps. — Suture intestinale ordinaire. Un petit surjet convient aux fistules ou aux anus de petite dimension. Si l'anus comporte deux bouts d'intestin distincts, séparés par un éperon, la suture est plus délicate.

Ce temps achevé, on procède à la toilette de l'anse que l'on rentre dans le ventre. Si toutes les adhérences péritonéales ont été détruites, il est bon de fixer l'anse au péritoine pariétal par un ou deux points, pour localiser l'infection dans le cas où la suture intestinale viendrait à ne pas tenir.

5^e temps. — Fermeture de la paroi. La paroi est ensuite refermée, plan par plan. On laisse au contact de l'anse suturée un petit drain profond. On peut mettre aussi un petit drain sous-cutané dans l'autre extrémité de la plaie.

CHAPITRE III

Technique opératoire de M. le Professeur Forgue

Précisons encore en quelques mots les conditions opératoires dans lesquelles nous nous supposons placés :

a) Il s'agit d'un anus contre nature ou d'une fistule stercorale siégeant sur le gros intestin. Cette éventualité tend actuellement à devenir la plus fréquente. En particulier les fistules cœcales consécutives à l'opération de l'appendicite à chaud constituent une indication d'intervention.

b) L'intestin, en dehors du point fistulisé, est sain ou paraît tel.

c) La zone des adhérences n'est point trop étendue, ni trop compliquée par l'accolement d'anses voisines.

En pareil cas, quelle doit être l'intervention de choix ? C'est évidemment l'entérorraphie latérale, puisque le calibre de l'intestin lui permet de subir une réduction de dimension sans que soit troublée la circulation des matières et que, d'autre part, l'état de santé relative de l'intestin à côté de la lésion lui permet de supporter et de réparer des sutures méthodiques.

Il importe au plus haut point, avant d'aborder les temps de l'opération pratiquée par M. Forgue, d'indiquer en quelques lignes les soins préliminaires dont le malade doit être l'objet avant l'intervention et sur lesquels insiste M. Forgue.

Préparation du malade

Il est essentiel de s'assurer dès l'abord de l'intégrité du segment inférieur intestinal qui pourrait être le lieu d'une récurrence néoplasique, de sa perméabilité ; le non fonctionnement, ou des brides péritonéales pouvant réaliser la sténose et l'obstruction.

Le malade doit présenter un état général aussi satisfaisant que possible.

Après l'établissement de l'anus contre nature, les phénomènes d'intoxication stercorale s'amendent assez complètement ; il appartient à des soins judicieux et appropriés d'accélérer et d'intensifier ce relèvement des forces et ce retour à la santé. Injections sous-cutanées de sérum artificiel, lavements froids de sérum, etc.

Il reste à s'occuper de la peau, qui doit subir une préparation importante en vue de l'opération, ainsi que l'intestin lui-même.

La peau est le siège de complications fréquentes et difficilement évitables : erythèmes et ulcérations, rarement érysipèle ; il faudra en assurer la propreté par un nettoyage à l'eau bouillie répété plusieurs fois par jour, par l'emploi de pommades isolantes, pommade bismuthée par exemple (emploi prudent et surveillé) qui supprimeront le contact irritant pour les téguments des matières fécales. Au moment de l'interven-

tion les soins de propreté redoublent. S'y ajoutent, comme de coutume, l'action du rasoir, du savon, et pour finir, un large badigeonnage de la région à l'alcool et à l'éther.

Plus difficile est le traitement de l'intestin. On ne peut prétendre en aseptiser parfaitement le contenu et les parois. Aussi combine-t-on l'emploi successif d'un régime susceptible de diminuer la septicité du tractus intestinal, des purgatifs qui réalisent une antiseptie mécanique, et enfin de l'opium qui immobilise et assèche l'organe.

Au moment de l'opération, la veille, lavage intestinal à l'eau bouillie dans le segment inférieur, diète absolue et opium.

Après l'opération, on constipe le malade pendant trois jours ; l'alimentation est reprise progressivement ensuite.

1^{er} temps. — Incision de la peau et suture de l'orifice. Une large ellipse à bonne distance du bord cutané est décrite autour de l'orifice de l'anus contre nature. La section intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané seulement. L'obturation de l'orifice externe est obtenue de façon hermétique au moyen de la collerette de peau ainsi disséquée. Un surjet très méthodique en adosse les bords, comme Quénu a d'ailleurs conseillé de le faire pour l'anus dans l'amputation du rectum cancéreux.

M. le Professeur Forgue a coutume d'appliquer alors sur la ligne de suture un tampon de gaze stérile et de lier au-dessus les deux extrémités du surjet, pour le maintenir solidement et réaliser une obturation plus parfaite. On change alors les champs, les gants, le matériel ; on badigeonne à l'iode la région sur laquelle va

porter l'incision. Ce premier temps est septique. A partir du temps suivant se déroule la partie aseptique de l'opération.

2^e temps. — Excentriquement à l'incision elliptique résultant de la dissection de la collerette cutanée, la paroi est maintenant incisée suivant un tracé d'ellipse plus large.

L'incision est conduite plan par plan à travers l'étagé musculaire, dont l'hémostase d'ailleurs très simple est soigneusement assurée. On arrive ainsi au plan de la séreuse : on amorce sur un point l'incision péritonéale, qui permet de se rendre compte de l'étendue de la zone adhérente, et l'on poursuit, très régulièrement, l'achèvement de cette incision elliptique du péritoine, en séreuse libre.

3^e temps. — Dès lors, il est facile, en tirant sur les deux pinces qui tiennent les deux chefs du surjet de clôture cutanée, d'entraîner au dehors, toute la zone fistulaire à la face profonde de laquelle l'intestin se trouve fixé. Il en résulte que tout ce qui va se passer désormais comme intervention aura lieu en dehors et à distance du péritoine, sur un lit de compresses où l'on amène tout le paquet, de façon à l'examiner en toute exactitude et à prendre tel parti opératoire qui est indiqué par la forme et la gravité des lésions intestinales.

4^e temps. — Diverses éventualités, en effet, se présentent. S'il s'agit d'une fistule siégeant sur le cœcum ou le colon, il est clair que le calibre de ce segment intestinal permet de donner à l'entérorraphie latérale tout son développement, sans risque de rétrécissement grave de la lumière. En pareil cas, il est facile de pla-

cer sur le segment intestinal extériorisé deux pinces à coprostase, l'une répondant à la région juxta fistulaire, l'autre se trouvant placée en zone saine de l'intestin. On sectionne entre les deux ; on nettoie la tranche avec une compresse imbibée d'éther et on enfouit le surjet total par deux autres plans de surjet séro-séreux. C'est la ligne de conduite qui a été suivie dans trois cas de fistules cœcales, consécutives à des opérations d'appendicite faites au dehors, dont deux ont été traitées à l'hôpital et une à la clinique privée de M. Forgue, avec un succès parfait.

Au contraire s'agit-il du grêle, la conduite à tenir varie suivant l'étendue de la fistulē. Nous supposons, par délimitation du sujet, qu'elle siège sur une anse unique. Il est prudent alors de placer deux pinces à coprostase, l'une en amont, l'autre en aval de la zone fistulaire adhérente.

Puis on procède au décollement méthodique des adhérences, de façon à rendre libre l'anse lésée. Il est évident que l'exécution de ce temps comporte des risques sceptiques et que le matériel qui lui sert sera encore soigneusement séparé de celui avec lequel on complètera les derniers temps de l'opération. Dans ces conditions, le chirurgien a sous les yeux la lésion fistuleuse de l'intestin et détermine le choix de l'intervention de fermeture intestinale selon le type anatomique de cette lésion même. S'il est possible, sans rétrécir trop le calibre de l'anse de fermer la brèche par un surjet soit dans l'axe de l'intestin, soit perpendiculairement à cet axe, il est préférable de s'en tenir à cette entérorraphie latérale ; mais il faut, pour cela, que les bords de la fistule, après avivement, se montrent assez sains pour que la réussite des plans de suture soit assurée.

Par contre, si l'ampleur de la fistule est telle, si l'état d'altération pathologique de ses bords est tellement marqué que, ou bien l'entérorraphie latérale expose à une sténose ultérieure, ou bien que ses plans de suture ne soient point d'une solidité garantie, il n'est pas douteux qu'il ne faille préférer une résection de l'anse grêle fistuleuse, avec entérorraphie circulaire termino-terminale, ou bien, comme M. Forgue y a été contraint récemment par la disproportion considérable des deux bouts, à une entérorraphie latéro-latérale par anastomose.

6° temps. — On suture le péritoine et on refait, plan par plan, la paroi.

Dès que Quénu a eu fait connaître son procédé de fermeture préalable de l'anus dans l'opération périnéale du cancer au rectum. M. le professeur Forgue a conçu l'idée d'appliquer cette occlusion préliminaire à la cure opératoire de l'anus contre nature. La première opération, ainsi pratiquée, date de 1902. La technique de M. Forgue, se différencie, comme nous l'avons noté, des procédés de Quénu, première manière, et de Jeanne, en ce que ceux-ci sont nettement extrapéritonéaux. Nous avons exprimé l'opinion actuelle et générale, en disant que les pratiques intrapéritonéales aboutissent à l'entérorraphie (dans un grand nombre de cas) étaient seules de mise aujourd'hui. Lejars s'exprime ainsi sur ce point : « Mieux vaut ouvrir délibérément le péritoine, se préparer d'avance à l'ouvrir, plutôt que de s'exposer à le déchirer par accident, déchirures plus dangereuses qu'une opération préparée ». Et Terrier : « Toutes les anciennes méthodes sans ouverture de la cavité péritonéale doivent être absolument proscrites.

Le plus souvent illusoires, elles ne sont pas sans danger ».

De plus, M. Forgue se sépare dans sa technique du procédé de Quénu, seconde manière, que nous avons reproduit, en ceci : Quénu reste en une certaine mesure encore fidèle à son ancien procédé. S'il pratique l'opération intrapéritonéale, ce ne semble pas être au nom d'un principe directeur dominant.

Il paraît considérer comme un avantage la possibilité parfois réalisée (observation 3 de la thèse de Francoz) de poursuivre son opération et de réaliser l'entérorraphie en restant dans la zone laissée intacte des adhérences péritonéales. Il procède par voie centrifuge et ne bénéficie pas des avantages considérables que donne à M. Forgue la large ouverture en tissu sain, loin du trajet, et la dissection centripète extra-abdominale, sur un lit de compresses, de la zone dangereuse pariéto-intestinale. Cette dissection centripète de la zone d'adhérences, après ouverture de la cavité péritonéale permet de juger rapidement si l'entérorraphie est réalisable. Et si les lésions sont telles qu'il faille procéder autrement, le chirurgien est dans la situation la meilleure pour poursuivre l'entérorraphie circulaire ou l'entéro-anastomose suivant les cas.

OBSERVATION

Due à l'obligeance de M. le professeur FORGUE

Madame G... A..., 32 ans, est atteinte depuis 6 ans de crises fréquentes d'appendicite dont la dernière, qui débute le 28 janvier 1921 est très intense, avec péritonite enkystée et étendue de la fosse iliaque droite à marche rapide qui nécessite d'urgence une intervention par son médecin traitant : incision de Mac Burney et drainage de la collection par deux gros drains accolés en canon de fusil.

Amélioration progressive, mais il persiste une fistule stercorale au niveau du trajet de drainage.

Elle est adressée au professeur Forgue, le 6 mai 1921, et présente dans la fosse iliaque droite, sensiblement au milieu de la ligne d'incision, une fistule à lèvres retractées, donnant issue à une grande quantité de matières stercorales, semi-liquides, et de gaz.

La région avoisinant la fistule est le siège d'un érythème intense et étendu ; les téguments autour de l'orifice sont infiltrés et présentent une induration caractéristique de tissu macéré. Profondément, la fosse iliaque est le siège d'une tuméfaction dure, infiltrée, qui représente une réaction inflammatoire autour du trajet fistuleux.

L'état général de la malade est, à part cela, satisfaisant.

Pendant six jours, la malade est soumise à une alimentation liquide et sur la fosse iliaque droite on applique des pansements humides émollients (solution boriquée amidonnée). Au septième jour, sous rachianesthésie (11 centigrammes de syncaïne) on pratique l'exérèse du trajet fistuleux et l'entérorraphie latérale, suivant la technique décrite dans notre travail. Les adhérences qui siégeaient sur la face antérieure du cœcum ont été largement circonscrites par l'incision elliptique, le cœcum a pu être librement extériorisé et quelques adhérences grêles au gros intestin ont été rompues.

Suture des téguments sans drainage. Suites opératoires très simples. Au deuxième jour, la température, qui était montée à 38° redescend à 37° et se maintient dans les limites normales. La malade ne présente aucune réaction péritonéale.

L'ablation des fils est pratiquée au dixième jour, la réunion per primam est réalisée.

La malade est renvoyée chez elle en parfait état vingt-quatre jours après l'opération.

CONCLUSIONS

1. — Grâce à sa technique très améliorée, l'entérorraphie latérale, applicable à la grande majorité des anus et des fistules sur le gros intestin, permet d'oblitérer en une seule intervention l'orifice intestinal et l'orifice pariétal. Elle présente sur l'entéro-anastomose cet avantage de ne pas nécessiter une deuxième opération.

2. — Au premier rang parmi les améliorations, nous plaçons la fermeture préalable de l'orifice qui permet d'exclure d'emblée toute contamination ayant cette origine. (Quénu-Forgue).

3. L'intervention intrapéritonéale systématique est la seule capable de permettre, en cours d'opération, l'exploration exacte des lésions et leur réparation. Et comme elle se passe en dehors du ventre, les risques de cette extériorisation de l'anse libérée et de la fermeture de la fistule intestinale sont réduits au minimum.

BIBLIOGRAPHIE

- FORGUE et RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
- GOETZ. — Etude sur les divers modes de traitement de l'anus contre nature. (Thèse, Genève, 1890).
- LE DENTU. — Du traitement des fistules stercorales et de l'anus contre nature. Observations d'entérorraphie latérale et d'entéroanastomose. (9^e Congrès français de Chirurgie, Paris 1895).
- LEJARS. — Cure opératoire de l'anus contre nature. (Bulletin Médical, 15 janvier 1896).
- NICOLAS. — De l'anus préliminaire dans le traitement du cancer du rectum et en particulier de sa fermeture. (Thèse, Paris 1900).
- POLOSSON. — Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales. (Thèse, agrégation, Paris 1883).
- POZZI. — Fistules stercorales et entérorraphie. (Société Chirurgicale, 27 juillet 1892).
- SENN. — Etiologie, pathogénie, traitement de la fistule intestinale et de l'anus contre nature. (Amer. Journ. of Obstetrics (1894, p. 391).
- JEANNEL. — Chirurgie de l'Intestin. — Institut. de Bibliog. scient. (Paris 1906).
- FRANCOZ. — Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales par l'entérorraphie latérale. (Thèse, Paris 1908).
- JOURDAN. — Du traitement chirurgical des anus contre nature et des fistules stercorales. (Thèse, Montpellier 1910).
-

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Sur un point de technique de la
cure radicale de l'anus contre nature
non adhérent et non compliqué
(Méthode Quènu-Forgue).*

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 21 Juillet 1921.

Le Professeur,
FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 21 Juillet 1921.

Le Doyen.
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 21 Juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

